

CASO CLINICO

Emopneumotorace dopo riduzione di volume broncoscopica

Piero Emilio Balbo, Matteo Daverio, Rossella Molinari, Maddalena Sarcoli, Filippo Patrucco
Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento Medico, A.O.U. Maggiore della Carità di Novara

Donna di 69 anni (BMI 24), affetta da BPCO di grado severo con enfisema polmonare eterogeneo centro e panlobulare, prevalente ai lobi superiori e medio (FEV1 40%, TLC 151%, VR 250%, DLCO 39%), veniva sottoposta ad intervento di riduzione di volume broncoscopica (BLVR). Dopo lo studio della ventilazione collaterale mediante Chartis, veniva identificato il lobo superiore di sinistra come target da sottoporre a riduzione di volume; in tale sede venivano posizionate 3 valvole endobronchiali Zephyr a livello di B1+2, B3 e lingua. All'RX torace post-procedura si evidenziava una rapida atelettasia dell'intero lobo superiore di sinistra associata ad iperdistensione del lobo inferiore omolaterale. In seconda giornata la paziente sviluppava dolore all'emitorace di sinistra associato a dispnea e desaturazione; all'RX torace di controllo si evidenziava un'ampia falda di pneumotorace per cui veniva posizionato un drenaggio pleurico. La successiva TC torace confermava la persistenza di pneumotorace e pneumomediastino (Figura 2 A e 2 B). Due giorni dopo si manifestava un versamento pleurico ematico nel sistema di raccolta del drenaggio pleurico ed anemia acuta (perdita di 5 g/dl di emoglobina). La TC torace con mezzo di contrasto confermava la comparsa



Figura 1: RX dopo il posizionamento di 3 valvole endobronchiali Zephyr nei rami segmentari del bronco lobare superiore di sinistra: atelettasia del lobo superiore con iperdistensione del lobo inferiore.

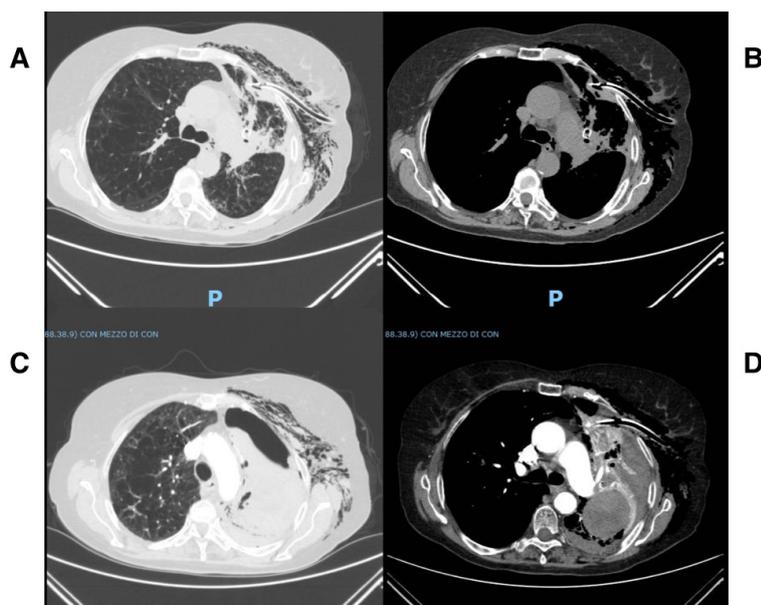


Figura 2: A e B TC torace senza mezzo di contrasto, finestre parenchima e mediastino: pneumotorace sinistro con posizionamento di drenaggio pleurico, valvola endobronchiale nel ramo linguale; C e D TC torace con mezzo di contrasto, finestre parenchima e mediastino: idropneumotorace da emotorace sinistro con lacerazione del segmento apicale del lobo inferiore di sinistra.

di un versamento pleurico con componente libera e pseudo organizzata in corrispondenza del segmento apico-dorsale del lobo inferiore omolaterale (Figura 2 C e 2 D). La paziente veniva quindi sottoposta a videotorascopia che dimostrava la lacerazione del parenchima polmonare tributario del ramo B6, sede del sanguinamento attivo, causata dalla presenza di una adesione pleurica in sede posterobasale delle dimensioni di circa 1 cm, calcifica; la revisione del cavo pleurico dimostrava inoltre la presenza di due analoghe adesioni pleuriche, non calcifiche, di diametro inferiore a 5 mm, in corrispondenza del lobo superiore. Veniva pertanto praticata la segmentectomia del ramo B6 con risoluzione del quadro.

La comparsa di pneumotorace a seguito di BLVR interessa circa il 20% dei pazienti [1]; una delle possibili cause è la preesistenza di adesioni pleuriche tra pleura viscerale e parietale, la cui rottura può portare alla comparsa di pneumotorace e/o emotorace. Recentemente è stato proposto uno score (Pleural Adhesion Score, PAS) che conferisce un punteggio a ciascuna aderenza pleurica in base alle dimensioni; è stata quindi dimostrata una relazione diretta tra il valore del PAS con il rischio di sviluppare uno pneumotorace a seguito di BLVR [2].

Il caso clinico qui presentato evidenzia per la prima volta in letteratura la lacerazione del polmone sottoposto BLVR, causato dalla particolare tenacia dell'adesione pleurica preesistente. La ricerca di adesioni pleuriche nelle immagini TC può quindi identificare i pazienti a rischio di sviluppo di pneumotorace e questa valutazione dovrebbe essere routinariamente eseguita.

Bibliografia

1. Gompelmann D, Heath FJ, Slebos DJ, Valipour A, Ernst A, Criner GJ, Eberhardt R. Pneumothorax following endobronchial valve therapy and its impact on clinical outcomes in severe emphysema. *Respiration* 2014;87:485-491.
2. van Geffen WH, Klooster K, Hartman JE, Ten Hacken NHT, Kerstjens HAM, Wolf RFE, Slebos DJ. Pleural adhesion assessment as a predictor for pneumothorax after endobronchial valve treatment. *Respiration* 2017;94:224-231.

Centro Studi AIPO



Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590352 - Fax +39 02 67382337
aipocentrostudi@aiporicerche.it - www.aiponet.it

 aiponet

Dal 2004 al servizio della Pneumologia Italiana
aiposegreteria@aiporicerche.it
www.aiponet.it

segui su

